

281 2300

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1886

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 22 juillet 1886, à 1 heure

Par VICTOR ROI

Né à Bellac (Haute-Vienne), le 25 décembre 1856

DE LA NÉVRITE OPTIQUE RHUMATISMALE

Président : M. PETER, professeur.

*Juges : MM. { BALL, professeur.
RAYMOND, QUINQUAUD, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES ÉCOLES

HENRI JOUVE

23, rue Racine, 23

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1886

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 22 juillet 1886, à 1 heure

Par VICTOR ROI

Né à Bellac (Haute-Vienne), le 25 décembre 1856

DE LA NÉVRITE OPTIQUE RHUMATISMALE

Président : M. PETER, professeur.

*Juges : MM. { BALL, professeur.
RAYMOND, QUINQUAUD, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES ÉCOLES

HENRI JOUVE

23, rue Racine, 23

1886

251

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. J. BÉCLARD.
Professeurs	MM.
Anatomie.	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	PETER.
Pathologie chirurgicale	DAMASCHINO
Anatomie pathologique	GUYON.
Histologie	LANNELONGUE.
Opérations et appareils.	CORNIL.
Pharmacologie.	MATHIAS DUVAL.
Thérapeutique et matière médicale.	DUPLAY.
Médecine légale	REGNAULD.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveaux-nés	HAYEM.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	TARNIER.
Clinique médicale.	LABOULBÈNE.
Maladie des enfants	VULPIAN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	G. SÉE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	HARDY.
Clinique des maladies du système nerveux	POTAIN.
Clinique chirurgicale	JACCOUD.
Clinique ophthalmologique	GRANCHER.
Clinique d'accouchement	BALL.
	FOURNIER.
	CHARCOT.
	RICHET.
	VERNEUIL.
	TRÉLAT.
	LE FORT.
	PANAS.
	PAJOT.

Doyen honoraire : M. VULPIAN.

Professeur honoraire.

M. GOSSELIN.

Agrégés en exercice.

MM. BLANCHARD	MM. HALLOPEAU	MM. PEYROT	MM. RIBEMONT-
BOUILLY	HANOT	PINARD	DESSAIGNES
BUDIN	HANRIOT	POUCHET	RICHELOI
CAMPENON	HUMBERT	QUINQUAUD	RICHET
DEBOVE	HUTINEL	RAYMOND	ROBIN (Albert)
FARABEUF, chef	JOFFROY	RECLUS	SEGOND
des travaux	KIRMISSON	RÉMY	STRAUS
anatomiques.	LANDOUZY	RENDU	TERRILLON
GARIEL	LUTZ	REYNIER	TROISIER
GUEBHARD			

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PETER

Médecin de l'hôpital de la Charité
Membre de l'Académie de Médecine

A MON CHER MAÎTRE

M. LE D^r G. DIEULAFOY

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine
Chevalier de la Légion d'honneur

Recevez, cher maître, l'assurance de ma parfaite gratitude pour
la bienveillance que vous n'avez cessé de me prodiguer pendant
toutes mes études.

A MON MAÎTRE

M. LE DOCTEUR PARINAUD

Chevalier de la Légion d'honneur

A M. CHRISTOPHE BOUQUET

Maire du Dorat (Haute-Vienne)

DE LA NÉVRITE OPTIQUE RHUMATISMALE

HISTORIQUE

Il est superflu de rappeler que le rhumatisme joue un rôle important dans un grand nombre d'affections oculaires. L'iritis et la sclérite rhumatismale sont bien connues. L'influence de la diathèse ne peut non plus être mise en doute pour certaines conjonctivites, parmi lesquelles la forme grave de M. Perrin, pour la ténionite ou inflammation du tissu épiscléral rétro-bulbaire. Les paralysies des muscles de l'œil peuvent également reconnaître pour cause l'influence du froid et la prédisposition diathésique ; toutefois, il semble que les paralysies rhumatismales de l'œil, considérées autrefois comme fréquentes, tendent à devenir fort rares depuis que l'on sait que des paralysies transitoires d'apparence bénigne s'observent souvent au début du tabes et même longtemps avant son invasion.

M. Parinaud a signalé d'autres manifestations oculaires du rhumatisme, savoir :

- « Des *kératites interstitielles* qui surviennent, soit
- « comme complication plus ou moins accentuée de l'iritis
- « ou de la sclérite, soit d'emblée à l'état des *kératites pa-*
- « renchymateuses typiques.

« *Des chorôidites diffuses* à marche subaiguë avec trouble profond du corps vitré et synéchies de l'iris.

« *Des exsudations chorôidiennes* sous formes d'amas circonscrits ou de chorôidite disséminée.

« *Des névrites du nerf optique*, le plus souvent monoculaires et des rétino-chorôidites qui en prédominant dans la macula peuvent s'accuser par un scotome central (1).

En dehors de la communication de M. Parinaud, nous n'avons trouvé dans la littérature médicale que très peu de faits se rapportant à notre sujet.

Les lésions rhumatismales des membranes profondes de l'œil et du nerf optique étaient en effet à peu près inconnues.

Dans la thèse de Bernado Burucua : *Du rhumatisme oculaire et de quelques formes peu connues*, Paris 1884, il n'en est pas fait mention.

Dans une autre thèse également récente, de Albert Boquin : *Du rhumatisme oculaire et de ses principales manifestations*, Paris 1884, l'auteur, après avoir reproduit les observations de M. Parinaud, les fait suivre des considérations suivantes :

« La neuro-rétinite rhumatismale est une affection mal connue, vu le petit nombre de cas observés jusqu'à ce jour. Les auteurs classiques ne mentionnent pas le rhumatisme comme cause de neuro-rétinite. A la clinique ophthalmologique de la Faculté, nous n'avons pas eu l'occasion d'en observer un seul cas. Dans nos recher-

1. *Sur les affections rhumatismales de l'œil*. Société française d'ophthalmologie, janvier 1884, page 122 du Bulletin.

« ches statistiques sur les registres des années précédentes,
« nous n'en avons pas trouvé la moindre indication. »

Nous n'avons pu découvrir dans nos recherches personnelles que deux observations analogues aux nôtres, l'une est de MM. Vulpian et Raymond, l'autre de M. Galezowski. Nous les reproduisons dans le cours de ce travail. Elles sont d'autant plus importantes que l'influence du rhumatisme n'a pas été recherchée systématiquement.

Il ne faudrait pas conclure de cette pénurie de faits que la névrite optique rhumatismale soit tout à fait rare. Outre l'observation que nous avons prise à la clinique de M. Parinaud, notre maître nous en a communiqué deux autres, recueillies depuis sa communication, ce qui porte à trois le nombre des malades atteints de cette affection qui se sont présentés dans l'espace de 18 mois.

Il en sera probablement des névrites optiques et des neuro-rétinites rhumatismales comme de bien d'autres affections. On en trouvera lorsqu'on les connaîtra et qu'on les cherchera.

Les névrites optiques doubles sont presque exclusivement occasionnées par des affections cérébrales et leur signification est bien établie. Mais il n'en est pas ainsi des névrites optiques monoculaires. Leur cause reste le plus souvent indéterminée. Or il semble que le rhumatisme tienne la plus grande place dans leur développement et nous ne doutons pas que son influence soit vite reconnue, si on veut bien la rechercher.

ETIOLOGIE

Comme la névrite optique rhumatismale est à peu près inconnue, avant d'en tracer les caractères notre premier devoir est d'en établir l'existence par des observations concluantes et d'en préciser l'étiologie.

Nous retrouvons dans la névrite, comme pour les autres manifestations rhumatismales, deux influences, celle de la *diathèse* et celle du *froid*. Ces deux influences peuvent coexister, mais l'une ou l'autre peut se manifester d'une manière prépondérante ou même exclusive.

L'influence diathésique se reconnaît par l'existence de rhumatisme antérieur chez le sujet, ou mieux encore chez le sujet et chez ses parents (obs. II), ce qui dénote une constitution rhumatismale héréditaire et mieux caractérisée.

Il peut arriver que la névrite remplace d'autres manifestations rhumatismales, ou au contraire qu'elle s'atténue lorsque le rhumatisme se déclare sur d'autres parties du corps (obs. II et III).

Les malades peuvent bien avoir eu antérieurement du rhumatisme articulaire franc et généralisé (obs. II), mais il ne semble pas que la névrite se développe dans le cours d'un rhumatisme aigu. C'est surtout dans le *rhumatisme chronique* erratique ou même abarticulaire que la névrite optique semble s'observer, et cela est d'ailleurs conforme à

ce que nous savons sur les autres affections rhumatismales de l'œil.

M. Besnier, dans son article du Dictionnaire encyclopédique dit : « Les affections oculaires que l'on observe au cours du rhumatisme articulaire aigu primitif et vrai sont assez rares et généralement peu graves ; dans le rhumatisme secondaire et dans le rhumatisme articulaire chronique, elles augmentent certainement de nombre et de gravité. Elles deviennent beaucoup plus fréquentes dans le rhumatisme constitutionnel, abarticulaire ou indéterminé, sans qu'il soit possible cependant de préciser bien exactement ce degré de fréquence. Si l'on se laisse aller à son impression première, si l'on interroge même la pratique des ophthalmologistes les plus répandus, il semble que cette fréquence soit bien grande, tant est remarquable le nombre des rhumatisants qui sont exposés aux affections oculaires, tant est commune l'influence supposée du froid dans leur production. »

C'est aussi la conclusion d'un travail de M. Terrier, qui, à propos d'un cas d'ophthalmie survenue dans le cours d'un rhumatisme articulaire *aigu*, a démontré, par des recherches bibliographiques très complètes, combien cette complication est rare (Terrier, *Remarques cliniques sur un cas d'ophthalmie survenue dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu*, Arch. d'ophthal., janv.-févr. 1884).

La névrite optique peut donc se développer chez des rhumatisants sans que l'action immédiate du froid soit appréciable. Par contre, elle peut succéder directement

à l'action du froid chez des sujets peu ou pas rhumatisants.

L'observation I nous en fournit un bel exemple. La névrite a succédé à l'immersion de la tête dans l'eau à la suite de laquelle, la malade, qui a des cheveux abondants, a négligé de les sécher et a ressenti très nettement la sensation du refroidissement. Il n'y avait eu antérieurement aucune affection autre qu'une bronchite sibilante qui a, du reste, reparu pendant que la malade était en voie de guérison. On sait que ces formes de bronchites peuvent être de nature rhumatismale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Recueillie à la clinique du Dr Parinaud.

Névrite optique a frigore de l'œil gauche.

M^{me} C..., 31 ans, se présente à la clinique, le 6 avril 1886.

Quinze jours avant, après s'être lavé la tête dans un bain, elle conserve ses cheveux mouillés et éprouve une sensation très accusée de refroidissement à la tête. Les jours suivants, elle éprouve une douleur profonde dans la région fronto-orbitaire gauche; peu après la vue s'obscurcit dans l'œil correspondant.

On constate dans l'œil gauche une névrite optique, caractérisée par une infiltration de la papille, qui en voile les contours, par les symptômes d'étranglement vasculaire, sans infiltration de la rétine.

La malade distingue difficilement de cet œil quelques lettres du n° 20.

La pupille réagit très faiblement.

Il y a encore des douleurs sourdes dans la région orbitaire, mais elles sont moins fortes qu'au début. — Les mouvements de l'œil sont douloureux.

L'œil droit est normal $S = \frac{5}{7}$.

La malade jouit d'une bonne santé. Elle est bien réglée, n'a pas eu de grossesse. Pas de soupçon de syphilis. Pas de rhumatisme constitutionnel; elle a éprouvé cependant quelques douleurs dans l'épaule droite et a eu une bronchite avec sibilance nocturne, dont elle a été reprise dans la convalescence de sa névrite.

Traitement. — Salicylate de soude à la dose de 4 grammes par jour. Bains de vapeur, révulsifs à la tempe.

Le 24. — L'infiltration a beaucoup diminué, on distingue les contours de la papille. Lit le n° 7.

Le 4 mai. — L'infiltration de la papille a disparu. Lit le n° 3.

Le 11 mai. — Lit difficilement le n° I. $S = \frac{5}{15}$.

Le 4 juin. — La malade ne s'est pas présentée à la clinique depuis le 11 mai, retenue chez elle par une bronchite avec oppression la nuit. Elle a interrompu son traitement.

Il n'y a pas trace de névrite, mais la papille est plus blanche que celle de l'œil sain.

Le champ visuel est normal $S = \frac{5}{15}$.

Pas de dyschromatopsie.

Le 29 juin. — La malade qui a repris son traitement, va mieux. Avec + 1 Diop., lit, le n° I. $S = \frac{5}{10}$.

OBSERVATION II

(Communiquée par M. Parinaud)

Rhumatisme héréditaire. — Névrite optique de l'œil droit. — Amaurose absolue. — Restitution intégrale de la vision.

Mlle C... 15 ans.

Rhumatisme articulaire généralisé il y a 3 ans, qui a retenu la malade au lit pendant 3 mois. Elle n'a pas éprouvé d'accidents rhumatismaux depuis cette époque.

La mère est très rhumatisante et présente des tuméfactions articulaires des doigts.

Après avoir souffert d'un mal de gorge, la malade est prise de douleurs frontales et rétro-oculaires du côté droit. Quelques jours après, vers le 20 janvier, la vue a commencé à s'obscurcir dans l'œil droit et quinze jours après, la cécité dans cet œil était absolue.

La malade se présente à la clinique le 5 mars 1886.

On constate dans l'œil droit l'existence d'une névrite caractérisée

par une infiltration b'anchâtre de la papille qui en voile les contours, avec stase modérée des vaisseaux. La rétine elle-même ne présente pas de lésions.

La cécité est complète. La malade ne distingue pas une lampe placée devant son œil. Elle éprouve encore un peu de douleur frontale de ce côté.

L'œil gauche est normal. Aucune lésion ophtalmoscopique $S = \frac{5}{7}$.

Prescription. — Salicylate de soude à la dose de 4 grammes par jour. Un bain de vapeur tous les deux jours. Une mouche de Milan à la tempe.

Le 15 mars. — Après dix jours de traitement le malade compte les doigts.

Le 18. — L'infiltration de la papille a notablement diminué.

Le 24. — La névrite a disparu, mais la papille reste blanche. L'état de la vision est stationnaire. On remplace le salicylate de soude par l'iodure de potassium, à la dose de 1 gramme par jour. Les fumigations sont continuées.

Le 31. — Depuis 4 jours la malade éprouve des douleurs dans l'articulation tibio-tarsienne droite. L'amélioration de la vision est très sensible. La malade lit le n° 20 de l'échelle.

Le 5 avril. — La malade éprouve des douleurs dans le genou droit sans tuméfaction appréciable. Lit le n° 10.

Le 24 avril. — Lit n° 4. Malgré l'amélioration de la vision la papille continue à pâlir et prend un aspect atrophique.

Le 4 mai. — Lit n° 1. Les couleurs sont perçues un peu confusément dans les nuances claires, mais il n'y a pas de dyschromaptosie véritable.

Le 10 juin. — $S = \frac{5}{7}$ dans les deux yeux.

Bien que la vision centrale et périphérique soit redevenue normale dans l'œil droit, la papille reste beaucoup plus blanche qu'à gauche.

OBSERVATION III.

(Communiquée par le Dr Parinaud).

Névrite optique de l'œil gauche — Métastase rhumatismale — Amaurose, retour presque intégral de la vision.

Mlle Kel..... 14 ans.

Pas de renseignements sur la santé des parents qui sont des paysans suisses.

Il n'y a aucune raison de soupçonner la syphilis héréditaire.

N'a pas eu de rhumatisme, réglée assez régulièrement depuis un an.

Fille de cuisine, constamment exposée aux courants d'air.

Ne donne pas de renseignements précis sur le début de l'affection, a remarqué accidentellement qu'elle ne voyait pas de l'œil gauche. Se présente à la clinique le 20 avril.

Névrite optique de l'œil gauche avec infiltration très prononcée de la papille, stase modérée des vaisseaux. Cécité absolue.

L'œil droit est normal $S = \frac{5}{7}$.

Comme on ne trouve aucune cause appréciable à cette névrite, on institue le traitement suivant, dans l'hypothèse d'une lésion rhumatismale.

Iodure de potassium à la dose de 1 gramme par jour. Fumigations tous les deux jours, une mouche de Milan en permanence derrière l'oreille.

Le 8 mai. — La malade perçoit la lumière, en même temps que se développent des douleurs avec tuméfaction du pied droit, pour laquelle on a mandé le médecin.

Le 18 mai. — L'infiltration de la papille a complètement disparu. La papille est blanche; la malade distingue la main.

Le 9 juin. — L'amélioration continue; la malade compte les doigts.

Le 30 juin. — Lit le n° 5 de l'échelle.

Le 22 juillet. — Lit le n° 4. La papille est toujours blanche et a un aspect atrophique.

Le 26 octobre. — Lit le n° 2.

Le 10 juin 1886. — Je revois la malade, qui est dans l'état suivant : la papille est toujours beaucoup plus blanche que celle de l'œil droit. L'acuité est presque normale. $S = \frac{5}{7}$. Le champ visuel est légèrement rétréci.

Dans l'œil gauche, qui a toujours été sain, $S = \frac{5}{5}$.

OBSERVATION IV

(Communiquée par M. Parinaud).

Névrite optique monoculaire droite. Rhumatisme chronique. Tuméfactions articulaires.

M^{me} Belf..., 46 ans, a remarqué, il y a une quinzaine de jours, que la vue se troublait dans l'œil droit. L'amblyopie a augmenté depuis, la malade actuellement ne compte plus les doigts.

On constate dans l'œil droit l'existence d'une névrite optique typique. L'infiltration de la papille s'étend vers la région de la macule, où il y a quelques hémorrhagies. L'étranglement vasculaire est très prononcé.

Rien à gauche.

Une attaque de rhumatisme articulaire il y a 4 ans ; la malade est restée couchée pendant 4 mois. Depuis elle a du rhumatisme chronique et présente des tuméfactions articulaires des doigts.

Pas de syphilis. Aucun symptôme cérébral. La malade a encore ses règles.

Cette malade ne s'est pas représentée à la Clinique et n'a pu être suivie.

OBSERVATION V

Névrite optique rhumatismale (Galezowski, Traité des maladies des yeux, 1875).

A 15 ans, forte attaque de rhumatisme aigu qui dura dix-huit mois. Pendant deux ou trois ans successifs, sueurs très abondantes, et après le moindre refroidissement, les extrémités inférieures devenaient fréquemment œdémateuses et les articulations roides. En 1865, attaque de rhumatisme qui dure deux mois. En avril, une amblyopie gauche soignée par quelques-uns de mes confrères pour une rétinite. La vue revient presque complètement au bout de trois mois de traitement et c'est alors que l'autre œil se trouble. En examinant vers la fin du mois d'octobre, je constatai une névrite optique de l'œil droit, des plus caractéristiques. De cet œil, le malade ne distinguait que le jour de la nuit. Sous l'influence d'un traitement dérivatif, ventouses sur le dos, sangsues à l'anus, sulfate de quinine et le régime tonique, je pus obtenir la guérison complète. Il résulte de ces détails intéressants que la maladie n'a pas envahi les deux yeux à la fois, mais successivement, un œil après l'autre, ce qui peut servir de diagnostic différentiel entre les névrites occasionnées par les altérations des méninges ou du cerveau et celles qui reconnaissent une cause rhumatismale.

OBSERVATION VI

Vulpian et Raymond, *Clinique médicale de la Charité*, p. 19.

Eruption scarlatiniforme. Urticaire chronique. Rhumatisme articulaire subaigu. Endocardite aiguë. Rétinite rhumatismale.

L'état de l'œil dans cette observation n'est signalé qu'accessoirement. Bien que l'affection soit qualifiée de rétinite, il est facile de voir, d'après l'examen fait par M. Bacchi, qu'il s'agit d'une névrite semblable à celles de nos observations.

Œil droit. — Œdème notable de la papille qui est saillante. Les veines sont très grosses et les artères petites. Il y a de l'œdème péri-papillaire. On ne constate presque aucune différence dans les trois zones de la papille.

La malade voit très mal de cet œil, ainsi elle distingue vaguement la main ; mais il lui est littéralement impossible de connaître, ni le nombre, ni la disposition des doigts. »

SYMPTOMATOLOGIE

Voici d'après, M. Parinaud, quels sont les caractères de cette névrite.

La névrite optique rhumatismale ne diffère pas essentiellement, par son aspect, des autres variétés de névrites. Elle est caractérisée par une infiltration œdémateuse de la papille et par des phénomènes d'étranglement plus ou moins prononcés. L'infiltration est limitée au disque papillaire, elle en voile les contours et ne s'étend que très-peu aux parties voisines de la rétine. L'étranglement s'accuse par la saillie de la papille, qui toutefois est modérée, par la dilatation et les sinuosités des veines.

Dans un cas, on a constaté des hémorrhagies de la rétine qui sont quelquefois les conséquences de ces étranglements, et qu'il ne faut pas confondre avec celles que l'on observe dans les neuro-rétinites, qui reconnaissent un autre processus, comme dans l'albuminurie.

La névrite optique rhumatismale altère rapidement la vision ; l'amaurose peut être complète dès le huitième ou le dixième jour, contrairement à ce que l'on observe dans la névrite vulgaire de cause cérébrale, qui en général altère peu la vision jusqu'à ce que l'atrophie survienne.

Lorsque l'amaurose n'est pas complète et que l'examen fonctionnel est possible, on trouve le champ visuel diversement altéré, quelquefois normal, et l'amblyopie, sous ce rapport, n'offre rien de spécial.

La perception des couleurs peut être plus ou moins affectée si l'amblyopie est suffisamment prononcée, mais il n'y a pas de dyschromatopsie véritable.

La névrite optique rhumatismale est monoculaire, si les deux yeux sont pris, ils ne le sont que successivement (obs. V). C'est là un des caractères les plus importants; car la névrite de cause cérébrale, qui est de beaucoup la plus fréquente, est toujours bilatérale.

Lorsque cette névrite est convenablement traitée, sa marche est assez caractéristique. Après une quinzaine de jours, l'infiltration et les symptômes d'étranglement disparaissent. La vision s'améliore en même temps; mais ce n'est qu'après deux ou trois mois que l'on obtient l'effet que l'on doit attendre. Après la disparition de la névrite, l'atrophie de la papille s'accuse parfois pendant un mois ou deux, alors cependant que l'acuité visuelle s'améliore rapidement, par un contraste qui ne se voit guère dans l'atrophie de la papille, mais qui s'observe dans les compressions du nerf optique.

L'acuité visuelle peut redevenir sensiblement normale, même lorsqu'il y a eu amaurose absolue, pourvu qu'elle n'ait pas persisté trop longtemps.

L'amélioration s'accuse parfois d'une manière remarquable, lorsque des manifestations rhumatismales se développent sur d'autres parties du corps.

Quel que soit l'état de la vision, après la guérison, la papille reste toujours plus blanche que celle de l'œil opposé et cet aspect atrophique semble persister indéfiniment. La névrite optique rhumatismale est ordinairement précédée et accompagnée de douleurs sourdes et profondes

dans la partie correspondante de la tête, surtout dans la région frontale. Les mouvements de l'œil sont généralement douloureux, surtout au début, ce qui s'explique par les tiraillements que le nerf subit dans les déplacements du globe.

PATHOGÉNIE

On a émis plusieurs théories sur la nature et le mode de développement de la névrite optique vulgaire, celle qui est liée aux affections intra-crâniennes. L'explication qui se présente naturellement à l'esprit est celle d'une propagation directe de la lésion des expansions intra-crâniennes du nerf jusqu'à la papille. C'est encore l'opinion de bien des médecins, mais tous ceux qui ont étudié la question ont vite abandonné cette hypothèse. L'explication de de Græfe qui admettait une compression du sinus caverneux et un obstacle à la circulation de retour ne compte plus de défenseur.

L'épanchement vaginal dans l'espace de Schwalbe semble être constant dans la névrite optique d'origine cérébrale, mais il n'a pas l'importance qu'on lui a attribué. Il se développe sous la même influence que la névrite, mais il n'en est pas la cause.

D'après M. Parinaud, qui a publié sur cette question un important mémoire (1) et dont les idées ont été confirmées par un travail de Leber (2), qui arrive à des conclusions à peu près semblables, la névrite optique, dans les tumeurs cérébrales et les méningites, serait toujours occa-

1. Parinaud. *De la névrite optique dans les affections cérébrales*. Ann. d'oculistique. 1879.

2. Th. Leber. *Du rapport entre la névrite optique et les affections cérébrales*. Congrès de Londres. 1881.

sionnée par une complication, par une hydrocéphalie ou plutôt par l'œdème cérébral qui accompagne l'épanchement ventriculaire. Le nerf optique pouvant être considéré comme une expansion du cerveau dans l'orbite, et sa circulation lymphatique, par l'intermédiaire de laquelle l'œdème se produit, étant une dépendance du système lymphatique cérébral, il est naturel que l'œdème se développe dans le nerf optique comme dans le cerveau.

La névrite des affections cérébrales est donc primitivement et essentiellement un œdème par trouble de la circulation lymphatique ; les altérations inflammatoires sont consécutives.

On s'explique ainsi pourquoi la névrite des affections cérébrales est toujours double.

La névrite optique rhumatismale reconnaît évidemment un processus tout différent ; mais en l'absence d'autopsie, nous ne pouvons traiter cette question qu'avec réserve.

Comme la névrite optique rhumatismale semble être toujours monoculaire, elle doit relever d'une lésion périphérique, et l'on songe naturellement à une inflammation du nerf analogue à celle que la diathèse rhumatismale et le froid provoquent sur d'autres nerfs, le sciatique et le trijumeau, par exemple. Toutefois il faut exclure l'idée d'une altération parenchymateuse du nerf, pour cette raison qu'à une cécité absolue peut succéder la réintégration presque complète de la vision. Nous savons par les faits d'atrophie de papille que la vision, non seulement ne se rétablit pas, quand les fibres ont été directement intéressées, mais que l'amélioration même est très rare.

Nous pouvons ajouter et pour la même raison qu'il est

peu probable qu'il s'agisse d'une névrite interstitielle. La lésion est probablement limitée aux gaines et aux tractus conjonctifs les plus voisins. L'affection, en effet, ressemble beaucoup aux névrites par compression, telles qu'on les rencontre dans certaines lésions de l'orbite. Il s'agirait donc surtout d'une *périnévrite*. Nous savons d'ailleurs que dans les névrites périphériques et surtout les névrites aiguës, il en est ordinairement ainsi. — « La névrite aiguë, dit Lereboullet, ne s'observe le plus souvent que limitée au tissu conjonctif qui entoure le nerf (périnévrite) ou qui pénètre entre les tubes nerveux » (*Dictionnaire encyclopédique. Art. Nerf*).

De cette façon, on s'explique mieux l'influence du rhumatisme sur le développement de la névrite optique. Les ophtalmologistes s'accordent à reconnaître combien fréquemment le rhumatisme retentit sur la sclérotique et le tissu épiscléral. La sclérite et l'épisclérite rhumatismales sont des affections vulgaires. L'inflammation de la capsule de Tenon, de même nature, n'est pas très rare. Il n'est donc pas surprenant que les gaines du nerf optique, continuation directe de la sclérotique ou de la capsule de Tenon, soient intéressées quelquefois sous la même influence.

DIAGNOSTIC

Les considérations dans lesquelles nous venons d'entrer relativement à la pathogénie font entrevoir que le diagnostic sera facile à établir entre la névrite optique rhumatismale et la névrite des affections cérébrales. La première semble être toujours monoculaire, ou tout au moins n'atteint les deux yeux que successivement, tandis que la névrite des affections cérébrales est toujours double et, par son mode de production, on ne conçoit guère qu'il en soit autrement. C'est à peine, disent Warlomont et Duwez (1), si l'on trouve un ou deux cas dans la science où la lésion ait été monolatérale. On aura encore comme élément de diagnostic les symptômes habituels des tumeurs et des méningites qui font rarement défaut dans la névrite double. Ce sont : les céphalées, les vomissements, les paralysies, etc. — Dans la névrite optique rhumatismale, à part des douleurs sourdes dans le côté correspondant de la tête et qui s'atténuent généralement après les premiers jours, il n'y a pas de symptômes concomitants.

C'est avec les *névrites optiques monoculaires* d'une autre origine que le diagnostic devra être fait et il présente parfois des difficultés assez sérieuses. Autant l'origine des névrites doubles est en général facile à établir, autant celle des névrites monoculaires reste le plus souvent incertaine.

1. Warlomont et Duwez. *Étiologie de la neuro-rétinite*. *Ann. d'ocul.*, t. 77.

Les névrites monoculaires sont d'ailleurs rares relativement aux névrites doubles. Il va sans dire que nous entendons parler uniquement des névrites typiques dans lesquelles la lésion est bornée à la papille et non des neuro-rétinites qui au contraire existent fréquemment dans un seul œil.

Si la névrite optique monoculaire est rare, les causes qui peuvent la produire sont cependant assez variées. Ce sont : outre le rhumatisme, les tumeurs de l'orbite auxquelles il faut joindre celles plus rares du nerf optique, la syphilis et les troubles de la menstruation.¹ Disons immédiatement que le diagnostic ne peut guère être fait par les seuls caractères de la lésion oculaire et des troubles visuels. On s'aidera surtout des symptômes concomitants et des renseignements étiologiques.

La distinction sera généralement facile à établir pour les *tumeurs de l'orbite*, qui, en comprimant le nerf optique, produisent aussi des compressions des autres nerfs, et en particulier des paralysies des muscles de l'œil. L'exophtalmie est en outre très prononcée en pareil cas.

Les tumeurs du nerf optique, d'ailleurs fort rares, pourraient être confondues avec la névrite rhumatismale. Dans un cas que Vossius a rapporté récemment (1) il y avait de l'œdème de la papille avec altération rapide de la vision comme dans la névrite rhumatismale ; mais on constatait en outre un certain degré d'exophtalmie et l'œdème de la papille fit rapidement place à une atrophie avec cécité absolue. Dans les cas de ce genre, en dehors

¹ 1. Vossius. *Des tumeurs du nerf optique* (Berlin, Klin. Wochens mars 1885).

des renseignements étiologiques, c'est surtout la marche de l'affection qui mettra sur la voie du diagnostic.

Autant les neuro-rétinites ou chorio-rétinites sont fréquentes dans la *syphilis*, autant les véritables névrites monoculaires sont rares. Elles sont probablement produites par des lésions gommeuses de la gaine et du nerf optique et ne diffèrent pas, par leurs caractères ophtalmoscopiques, de la névrite optique rhumatismale. C'est donc sur les antécédents et, dans les cas douteux, par l'influence du traitement que le diagnostic pourra être établi.

Les névrites liées aux *troubles de la menstruation* sont généralement binoculaires et rentrent dans la catégorie des névrites par affection cérébrale.

Dans quelques cas cependant, la névrite est monoculaire, sans qu'on s'explique bien par quel processus cela se produit. Ici encore, les commémoratifs seuls permettront d'établir le diagnostic, la lésion oculaire, par elle-même, ne permet pas d'établir les différences d'origine. Dans sa thèse, M. Albert Thaon en rapporte deux cas, empruntés à M. Galezowski (1), où l'influence du rhumatisme, alors inconnue, n'a peut-être pas été assez spécialement recherchée.

1. A. Thaon. *Des affections oculaires liées à la menstruation*. Thèse de Paris, 1879.

NEURO-RÉTINITES RHUMATISMALES

Ce n'est pas seulement le nerf optique qui peut être le siège de lésions rhumatismales, mais aussi la rétine.

Il y a des chorio-rétinites et des neuro-rétinites rhumatismales. Dans les cas de ce genre, la lésion du nerf optique est secondaire ou même fait défaut, les caractères du trouble visuel ne sont plus les mêmes, la marche est différente et d'ailleurs très variable suivant les cas.

Pour compléter cette étude, nous nous bornerons à citer deux observations empruntées au travail de M. Parinaud qui, mieux qu'une description, feront comprendre les différences d'aspect que présentent ces neuro-rétinites.

Neuro-rétinite et scléro-iritis de l'œil droit. Plusieurs poussées de sclérite.
Rhumatisme erratique (Parinaud. *Bulletins de la Société française d'ophtalmologie*, 1884, observ. III).

Mlle Marc..., 20 ans, vient me consulter le 20 août 1881, pour une affection de l'œil droit qui a débuté six mois avant par de la rougeur du globe, du trouble de la vue et des douleurs périorbitaires.

Je constate une plaque de sclérite peu prononcée, quelques synéchies sans inflammation aiguë de l'iris. Les milieux sont transparents. Neuro-rétinite caractérisée par un étranglement prononcé de la papille, dont les contours sont effacés, de l'infiltration diffuse de la rétine et des lésions exsudatives de la macula.

L'œil gauche est sain.

La sclérite a cédé assez facilement sous l'influence du salicylate de

soude et de l'atropine qui, par contre, n'ont aucunement modifié la lésion du fond de l'œil. Un traitement spécifique, vigoureusement appliqué pendant plusieurs mois, a été également inefficace. Les fumigations sèches, jointes à de petites doses d'iodure de potassium, ont donné un meilleur résultat.

Après un an de traitement, la malade qui, autrefois, comptait les doigts à un mètre, pouvait déchiffrer le n° 6. Les lésions ophthalmoscopiques, l'étranglement papillaire surtout avaient beaucoup diminué, mais celles de la macula maintenaient l'acuité assez faible.

Le 26 avril 1883. — La malade se présente de nouveau pour une sclérite intense sur le même œil. Le fond de l'œil est dans le même état. La sclérite a cédé encore facilement sous l'influence du salicylate et de l'atropine, mais elle a été remplacée par des douleurs musculaires dans les reins et les épaules. Pendant un mois, il y a eu plusieurs métastases semblables qui, dans l'espèce, ne sont pas rares. La malade est d'ailleurs sujette depuis longtemps aux douleurs rhumatismales erratiques. Aucun soupçon de syphilis. Elle est bien réglée.

La mère a du rhumatisme avec déformation des articulations des doigts.

Neuro-rétinite, avec prédominance des lésions dans la macula succédant à une sclérite rhumatismale (Parinaud. *Bulletin de la Société française d'ophthalmologie* 1884, obs. 4).

M^{me} Deli..., 40 ans, est prise le 31 juillet 1883, de douleurs assez vives de l'œil gauche qui ne tarde pas à s'injecter.

Elle se présente le lendemain à la clinique, où je constate l'existence d'une sclérite superficielle, localisée au grand angle de l'œil au niveau de l'insertion du muscle droit externe.

Après deux jours de traitement par l'atropine et le salicylate de soude, la rougeur du globe a complètement disparu, mais les douleurs persistent et la malade accuse en outre du trouble de la vision que j'attribue à l'atropine.

On cesse l'atropine et le salicylate qui sont remplacés par des frictions calmantes.

Le 8 août. — Les douleurs se calment à gauche et se développent à droite avec la même localisation au niveau du droit externe ; trouble de la vue.

Le 11. — Un examen méthodique relève l'état suivant : l'œil droit, pris secondairement, est le siège des mêmes douleurs qui s'irradient autour de l'orbite, mais prédominant sur le globe, au niveau de l'angle externe. La pression à cet endroit ainsi que le mouvement d'abduction de l'œil les développent avec une intensité extraordinaire. Pas de lésion apparente de la sclérotique ni d'injection notable de la conjonctive.

La cornée et l'iris sont sains.

Neuro-rétinite caractérisée par une infiltration légère de la papille, mais beaucoup plus prononcée dans la région de la macula. Le corps vitré est parfaitement transparent $V = \frac{5}{50}$; cette réduction considérable de l'acuité visuelle est en rapport avec les lésions de la macula, qui occasionnent un scotome central irrégulier. L'œil gauche, primitivement atteint de sclérite, n'est pas douloureux et ne présente pas de lésions appréciables. L'acuité visuelle est cependant au-dessous de la normale $V = \frac{5}{15}$.

Pas de syphilis. La sclérite trahissait une influence rhumatismale, d'ailleurs confirmée par la mobilité des symptômes et les antécédents. La malade habite depuis quatre ans un rez-de-chaussée avec jardin. Elle est sujette, depuis cette époque, à des douleurs rhumatismales. Elle éprouvait des douleurs de cette nature dans l'épaule droite au moment où l'œil gauche a été pris et, comme cela s'observe assez souvent, elles ont disparu aussitôt.

On continue le salicylate et on y joint les fumigations.

Le 16. — Les douleurs ont complètement disparu. Les lésions ophtalmoscopiques sont plus prononcées sur la papille qui est injectée et rougeâtre sans stase bien accusée. $V = \frac{5}{50}$. L'acuité baisse un peu à gauche. $V = \frac{5}{20}$. Pas de lésion appréciable. La salicylate est remplacé par l'iodure de potassium et les fumigations. Améliora-

tion rapide de l'acuité visuelle. Je m'absente à ce moment et cesse de voir la malade qui, vers la fin du mois, 20 jours après le début de la neuro-rétinite, se considère comme guérie.

Le 25 octobre, elle vient me consulter pour son enfant. Je ne constate sur elle à ce moment aucune lésion externe ni profonde $V = \frac{5}{10}$ dans les deux yeux. La malade a continué les fumigations dont elle se trouve très-bien pour les douleurs.

Suivant M. Parinaud, les particularités les plus remarquables de cette dernière observation sont les suivantes : Début par une sclérite de l'œil gauche qui cède facilement au salicylate de soude et à l'atropine. Métastase sur l'œil droit, où l'affection s'accuse par des douleurs vives et une neuro-rétinite avec lésion de la macula et scotome central. Guérison exceptionnellement rapide de la lésion du fond de l'œil et retour presque intégral de la vision. Diathèse rhumatismale.

TRAITEMENT

Le traitement de la névrite optique rhumatismale est le suivant :

Au début, on donne le salicylate de soude à la dose de 4 à 5 grammes par jour. L'expérience a démontré que dans les affections rhumatismales de l'œil, le salicylate, lorsqu'il doit être efficace, agit rapidement. Aussi, doit-on renoncer à son usage quand il ne produit pas d'effet vers le cinquième ou sixième jour. D'une manière générale, le salicylate est utile dans les manifestations rhumatismales aiguës et douloureuses. Cependant il est des sclérites peu douloureuses qui cèdent parfois rapidement à son action.

Pour la névrite, le traitement le plus généralement indiqué est celui des affections oculaires rhumatismales chroniques. Dans le cas actuel, il comprend : des bains de vapeur, l'iodure de potassium et des révulsifs à la tempe.

Les bains de vapeur sont pris sous forme de fumigations sèches ou de bains de caisse, ou mieux encore, à l'aide d'une lampe à alcool et d'une simple couverture de laine, dont le malade, assis sur une chaise, s'enveloppe très-exactement, la tête non comprise.

Ces sudations sont faciles à pratiquer, et paraissent bien préférables aux injections de pilocarpine qui sont loin d'être inoffensives. Elles devront être répétées en moyenne tous les deux jours.

L'iodure de potassium sera donné à la dose de 1 gramme par jour.

On entretiendra à la tempe ou derrière l'oreille de petits vésicatoires ou mieux une mouche de Milan qu'on laissera jusqu'à épuisement de son action et que l'on remplacera quatre ou cinq jours après par une seconde mouche.

Avec ce traitement, l'infiltration de la papille disparaît vers le quinzième jour, mais il devra être continué pendant deux mois ou plus avec des interruptions.

On se basera, pour interrompre le traitement, sur l'état de l'acuité visuelle, qui, en général, doit redevenir normale ; tant que l'on n'aura pas obtenu ce résultat et que la vision ne restera pas manifestement stationnaire le traitement sera continué, avec moins de rigueur toutefois, lorsqu'on approche de la guérison.

CONCLUSIONS

Aux manifestations oculaires du rhumatisme, déjà connues, il faut joindre des neuro-rétinites et des névrites du nerf optique.

La névrite optique rhumatismale peut succéder à l'action directe du froid ; mais le plus souvent c'est l'influence diathésique qui domine.

Elle semble être toujours monoculaire. Elle est caractérisée par l'œdème de la papille avec des phénomènes d'étranglement et ne diffère par essentiellement, par ses caractères ophtalmoscopiques, des autres formes de névrite du nerf optique.

Elle altère rapidement la vision, mais lorsqu'elle n'a pas persisté trop longtemps et qu'elle est convenablement traitée, l'acuité visuelle peut redevenir sensiblement normale, même lorsque l'amaurose a été absolue.

Elle s'accompagne généralement d'une douleur sourde dans le côté correspondant de la tête, les mouvements de l'œil sont quelquefois douloureux.

La névrite optique rhumatismale laisse à sa suite un

certain degré de pâleur de la papille qui semble persister indéfiniment, même lorsque l'acuité visuelle est redevenue normale.

Vu par le Président de la thèse,

PETER.

Vu par le Doyen,

BÉCLARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.

Imprimerie des Écoles, HENRI JOUVE, 23, rue Racine, PARIS
